

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

84

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 28 décembre 1893, à 1 heure

Par HENRI CHARLOT

Né à Commery (Indre-et-Loire), le 6 juin 1866

ESSAI

SUR

CERTAINES ULCÉRATIONS VAGINALES

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

*Juges : MM. } MARFAN, professeur.
 } NÉLATON, MÉNÉTRIER, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1893

Faculté de Médecine de Paris

Année 1893

THÈSE

N°

84

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 28 décembre 1893, à 1 heure

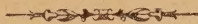
Par HENRI CHARLOT

Né à Commercy (Indre-et-Loire), le 6 juin 1866

ESSAI

SUR

CERTAINES ULCÉRATIONS VAGINALES



Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

*Juges : MM. } MARFAN, professeur.
 } NÉLATON, MÉNÉTRIER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMER DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

45, Rue Racine, 45

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. BROUARDEL
Professeurs.		MM.
Anatomie.		FARABEUF
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale.		GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale	}	DIEULAFOY
		DEBOVE
Pathologie chirurgicale.		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.		TERRIER.
Pharmacologie.		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.		HAYEM.
Hygiène.		PROUST.
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.		STRAUS.
Clinique médicale	}	G. SÉE.
		POTAIN.
Maladie des enfants		JACCOUD.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		JOFFROY.
Clinique des maladies du système nerveux		FOURNIER.
Clinique chirurgicale	}	TILLAUX.
		DUPLAY.
Clinique des maladies des voies urinaires		LE DENTU.
Clinique ophthalmologique		GUYON.
Cliniques d'accouchements		PANAS.
		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIÉR	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SÉBILÉAU
BRISSAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTENESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	REITTERER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUYLY.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON COUSIN

A MA FAMILLE

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LABOULBÈNE

Médecin honoraire des hôpitaux
Président de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur



INTRODUCTION

Pendant notre séjour dans le service de M. le Dr de Beurmann, à l'hôpital de Lourcine, nous avons eu l'occasion d'observer un cas de syphilitide tertiaire du vagin.

Notre attention fut attirée sur les ulcérations de cet organe, ulcérations sur lesquelles on ne possède encore que fort peu de renseignements. Il nous a semblé qu'une étude d'ensemble pourrait être de quelque utilité en épargnant des recherches aussi longues que fastidieuses.

Dans une première partie nous étudierons les ulcérations tuberculeuses. Dans un deuxième chapitre, nous décrirons les ulcérations cancéreuses.

Enfin nous terminerons le présent travail par la description des ulcérations syphilitiques.

Mais avant d'entrer dans notre sujet, qu'il nous soit permis de remercier notre excellent maître, M. le Dr de Beurmann, de l'obligeance toute particulière qu'il nous a toujours montrée. Qu'il reçoive le témoignage de notre profonde gratitude.

Nous adressons aussi nos remerciements à
M. le professeur Laboulbène pour le grand hon-
neur qu'il nous a fait en acceptant la présidence
de cette thèse.





CHAPITRE PREMIER

ULCÉRATIONS TUBERCULEUSES DU VAGIN.

Historique.

Comme le fait remarquer dans sa thèse M. le professeur Brouardel, l'historique des altérations tuberculeuses de l'appareil génital chez la femme ne remonte pas plus loin que 1831. A cette époque Raynaud fit paraître un travail intéressant sur ce sujet dans les *Archives de médecine* (volume XXVI, 1^{re} série).

Parmi ceux qui se sont occupés avant lui de cette question il ne cite que Louis.

Ce célèbre médecin aurait signalé avant Raynaud un cas de tuberculose de l'utérus et des trompes, mais cette observation aurait passé inaperçue et elle n'est plus connue aujourd'hui que par la mention qu'en fait Raynaud.

Cet auteur aurait pu citer une lettre assez confuse, il est vrai, de Morgagni sur le même sujet.

L'attention des médecins ayant été éveillée sur ce point, on publia ensuite quelques observations de tuberculose génitale. Mais celles-ci ne sont à

vrai dire que des surprises d'autopsie. Les lésions microscopiques finirent du moins par être assez bien connues et nous pouvons en donner, comme preuve, les articles écrits sur la tuberculose de l'utérus et de ses annexes dans les ouvrages de Cruveilhier (*Anatomie pathologique générale*, Tome IV, page 674 et 718), de Rokitansky qui s'occupa tout particulièrement de ce genre de lésion dont il signale la fréquence (*Lehrbuch der pathologischen Anatomie*, 3^e édition 1861, vol. III, p. 444 et suivantes), d'Aran (*Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*), de Bernutz (*Clinique médicale des maladies des femmes*. Paris 1861-1862, Tome II, p. 340). Kiwisch, Paulsen, Geil, Namias contribuèrent aussi à faire connaître par leurs publications les lésions tuberculeuses de l'appareil génital de la femme. La thèse du professeur Brouardel (Paris, 1865) fixa pour ainsi dire la question. Les recherches des histologistes, notamment du professeur Cornil, ont bien fait connaître les altérations microscopiques. Enfin dans ces derniers temps il s'est élevé d'intéressantes controverses sur la nature primitive ou secondaire des lésions. Nous devons citer à ce point de vue la lettre de Verneuil à M. le professeur Fournier, la thèse de son élève Verchère, celle de Derville etc. Daurios a assez bien résumé dans un travail récent (Thèse de Paris, 1889) l'ensemble des notions que l'on possède actuellement sur la tuberculose génitale chez la femme.

Les auteurs que nous venons de citer se sont occupés presque tous, mais d'une façon incidente et sans y insister, des ulcérations tuberculeuses du vagin.

Nous avons cru cependant devoir rappeler leur nom à cause des quelques matériaux qu'ils ont fournis sur la question qui nous occupe. Nous devons faire remarquer aussi que les progrès accomplis du côté des connaissances histologiques et pathogéniques de la tuberculose en général ont eu sur les notions que l'on avait sur ses déterminations locales, la plus heureuse influence. Les travaux de Grancher ont permis de faire justice des inflammations caséuses de Virchow. Les recherches de Villemin et celles de Koch, en nous révélant la véritable cause du mal, ont permis de rechercher les portes d'entrée de l'infection tuberculeuse et de préciser dans les cas douteux la nature des lésions.

Etiologie.

Deux opinions principales se trouvent actuellement en présence. Les uns penchent pour une tuberculose primitive du vagin, les autres pour une tuberculose secondaire.

Malheureusement les faits apportés à l'appui de ces deux théories contradictoires ne sont pas à l'abri de toute objection.

Nous croyons qu'il faut s'en tenir à la sage réserve de M. Pozzi qui s'exprime sur ce sujet de la manière suivante :

« Comment le bacille tuberculeux est-il amené dans les organes génitaux de la femme ? Leur communication facile avec l'extérieur semble, *a priori*, permettre l'infection fréquente, soit par l'atmosphère, soit par l'introduction de corps infectants, soit par l'infection de sperme tuberculeux. Cette notion ne pouvait être admise à la vérité avant que les travaux de Villemin et de Koch eussent bouleversé les idées reçues sur l'origine de la tuberculose. Même actuellement cette théorie de l'infection directe n'est pas adoptée sans conteste. Il semble qu'elle ait eu à la fois des défenseurs trop enthousiastes, disposés à l'accepter sans démonstrations douteuses et des détracteurs systématiques. En somme, cette voie paraît très probable, quoiqu'elle constitue assurément l'exception. »

Frérichs n'admet pas la contagion directe (*Beitrag zur lehre der tuberculose, Acad. Habilitationsschrift Marburg, 1882*). Il fait remarquer que la tuberculose atteint très rarement les parties génitales externes et frappe beaucoup plus souvent les parties génitales internes, surtout les trompes et les ovaires. Or, ces organes sont moins accessibles à l'infection directe que la vulve, le vagin et le museau de tanche.

M. Cornil n'est pas non plus partisan de l'apport

immédiat par le coït ou de toute autre façon du bacille tuberculeux dans les voies génitales de la femme. Voici en effet ce qu'il dit dans ses *leçons sur l'anatomie pathologique des métrites* :

La répartition des lésions tuberculeuses dans les organes génitaux de la femme ne paraît pas être en rapport avec une contagion résultant des rapports sexuels. S'il en était ainsi, les tubercules se localiseraient dans le vagin et le col de l'utérus ; or l'on sait qu'il est absolument exceptionnel de les rencontrer en ces endroits, qu'ils s'y soient développés primitivement ou secondairement.

Je ne connais en effet que deux observations de tubercules de la portion vaginale de l'utérus et du vagin indépendamment des fistules tuberculeuses ou recto ou vésico vaginales que je laisse de côté.

Ces deux observations se rapportent : l'une à une autopsie de Virchow, l'autre à la nécropsie d'une jeune fille morte de tuberculose généralisée à la suite d'une rougeole dans le service de M. Rigal à l'hôpital Saint-Antoine en 1878. Je trouvai dans ce dernier cas, à la surface vaginale du col et dans le cul-de-sac du vagin, une éruption confluyente de granulations tuberculeuses récentes. A la suite de cette constatation, j'ai examiné avec soin pendant plusieurs années le col et le vagin de toutes les femmes qui mouraient de tuberculose dans mon service sans rencontrer de productions analogues. »

La tuberculose isolée du vagin est très rare puisqu'on ne possède qu'un exemple dû à Max Birfreund (*Ein fall der tuberculose der vagina ohne gleichzeitige tuberculose der ubrigen Becken organen zeitschrift für geburtshulfe und gynecologie*, 1888, volume XV, fascicule II, p. 425) et c'est une surprise d'autopsie.

La tuberculose vaginale peut encore être liée à la tuberculose des organes urinaires comme dans le célèbre cas de Virchow que nous rapportons, la contagion semble s'être faite par l'urine (Voir *Archiv für pathologische anatomie*, 1853, vol. 5, p. 404).

Enfin Schlach a publié une observation très curieuse où la tuberculose du vagin semblait une propagation d'une dégénérescence phymateuse de la moitié inférieure du rectum.

Les ulcérations tuberculeuses du vagin, tout autant que les ulcérations cancéreuses, peuvent aboutir à faire communiquer la cavité de cet organe avec celle de la vessie, de l'urèthre ou du rectum. Daurios en a fait une bonne étude et a rapporté dans son travail presque tous les cas qui sont connus jusqu'ici.

D'après Pozzi, elles n'auraient aucun caractère les distinguant des fistules ordinaires du vagin. Seul, le grattage des pourtours de la fistule et l'examen des débris pourrait permettre par la constatation du bacille tuberculeux ou du moins

l'examen des débris pourrait permettre par la constatation du bacille tuberculeux ou du moins de nodules tuberculeux de reconnaître la nature de l'affection.

D'ailleurs l'existence fréquente d'autres ulcérations tuberculeuses sur le vagin permettra souvent d'en soupçonner la véritable origine.

Symptomatologie.

Chose curieuse, ces ulcérations tuberculeuses passent souvent inaperçues et sont reconnues par hasard au moment de l'autopsie si on a eu l'idée pour une raison ou une autre d'examiner les organes génitaux. Mais il n'en est pas de même pour tous les cas et leur présence s'annonce par un écoulement vaginal tenace ou par des douleurs persistantes. L'examen au spéculum montre des ulcérations grisâtres taillées à pic, en godet, souvent multiples, assez douloureuses, empiétant sur les plans profonds mais peu hémorragiques contrairement aux ulcérations cancéreuses.

Ces ulcérations semblent pouvoir guérir, mais elles récidivent très facilement et ces récidives sont un des caractères de la marche particulière de ces affections.

Certaines deviennent si profondes qu'elles amènent des fistules génito-urinaires ou vagino-rec-tales, mais c'est là un cas exceptionnel.

Diagnostic.

Il se fait par la connaissance d'une tuberculose utérine ou pulmonaire concomitante. Le râclage et l'examen au microscope sont de la plus grande importance et permettent seuls de lever tous les doutes. On pourra encore faire des inoculations aux lapins et aux cobayes.

Traitement.

Il faut cautériser ces plaies au fer rouge ou au moins les curetter énergiquement. Ensuite on panse à l'iodoforme. Celui-ci est un excellent topique contre toutes les ulcérations tuberculeuses. Le traitement général est naturellement indiqué mais il ne suffirait pas à assurer la guérison.

Cancer du vagin.

La fréquence du cancer du vagin ne semble pas très grande même en admettant l'idée émise par West. Sur 202 cas de cancer chez la femme relevés sur le registre d'autopsie de l'Institut d'anatomie pathologique de Prague de 1808 à 1871, il y avait seulement trois cancers du vagin. D'après Rokitansky ce cancer serait excessivement rare

(Voir *Pathologische anatomie*, 3^e édition, 3^e partie, p. 518).

Forster (*Pathologie heransgegeben von Sierbert*, 1868, p. 517), dit que le cancer du vagin est le plus souvent secondaire et quelquefois primitif. Klebs (*Pathologische anatomie*, 1876, 5^e livraison, p. 964) et Birsch-Hirschfeld (*Pathologische anatomie*, 1877) déclarent aussi le cancer du vagin exceptionnel.

Il en est de même de l'opinion exprimée par les cliniciens. Kiwisch (*Klinische Vorträge*, 2^e édition, 2^e volume, p. 677), regarde le cancer du vagin comme une grande rareté, ainsi que Veit (*Krankheiten der Weiblichen geschlechtorganen*, 1867, p. 547).

Mac Clintock va jusqu'à dire qu'il n'a jamais observé de cas authentique de cancer du vagin (*Clinical lectures on diseases of Women-Dublin*, 1870). Seul West dit qu'on peut en rencontrer de temps en temps et en rapporte 19 cas dans son *Traité des maladies des femmes*.

D'après Kustner, le cancer du vagin se rencontrerait surtout entre 15 et 40 ans, c'est-à-dire à la période moyenne de la vie et même dans le jeune âge. En effet, Guersant a signalé un cancer du vagin situé près du vestibule chez une fillette de trois ans et Johannosky chez une enfant de neuf ans.

Les causes du mal sont inconnues comme pour les autres cancers.

On peut observer :

1° L'épithélioma papillaire;

2° L'épithélioma nodulaire;

3° Le sarcome diffus;

4° Le corps fibreux devenu sarcomateux.

L'épithélioma papillaire siège surtout à la face postérieure du vagin.

Les symptômes sont ceux du cancer en général, sauf pour le fibro-sarcome dont la marche peut être extrêmement lente.

Pour faire le diagnostic, on s'appuiera :

1° Sur la douleur;

2° Sur les hémorrhagies;

3° Sur l'écoulement fétide.

4° Sur l'aspect spécial de l'ulcération.

Le traitement n'a que peu de chances d'amener une guérison définitive, mais il faut essayer d'enrayer la marche du mal. On ne tentera l'extirpation que s'il est possible d'enlever tout le néoplasme; la grande laxité des parois vaginales permet alors de faire la réunion primitive de plaies même très étendues. Hégar et Kaltenbach conseillent d'intervenir alors même qu'on devrait entamer la vessie et le rectum. Mundé, dans un cas, ouvrit le cul-de-sac de Douglas, fit aussitôt une suture au catgut et sa malade guérit, malgré une légère pelvi-péritonite consécutive. Dans un fait de cancer de la paroi postérieure, Richer a suturé la face cruentée, provenant de l'extirpation au col utérin préalablement avivé. Il semble que cette sorte de restauration par autoplastie ait

empêché la récurrence, et au bout de trois ans une grossesse était survenue.

Chez une femme dont le cancer occupait toute la cloison recto-vaginale en partie détruite et donnait lieu à un cloaque, V. Eiselsberg pratiqua d'abord la résection du coup et établit un anus artificiel dans la région sacrée, après avoir extirpé tout le néoplasme.

La plaie fut ensuite rétrécie par des points de suture et l'utérus ayant été abaissé, on fixa le col à l'extérieur, au niveau de la peau. La guérison se fit rapidement, les règles furent rapidement évacuées à l'extérieur et les selles ne tardèrent pas à être reçues. Cette conduite hardie mérite d'être imitée.

Dans les cas où l'on ne pourra espérer tout enlever, on se bornera à faire le curage suivi de cautérisation au fer rouge et l'on veillera le plus possible à l'antisepsie du vagin au moyen d'injections au sublimé et de tampons iodoformés.





CHAPITRE III

ULCÉRATIONS SYPHILITIQUES DU VAGIN.

A notre grand regret, l'étude des ulcérations syphilitiques du vagin sera un des chapitres les plus écourtés de cette thèse et cela à cause de la pénurie de matériaux qui règne sur ce sujet.

A cette indigence on peut reconnaître deux causes :

- 1° La rareté extrême de ces sortes de lésions.
- 2° Leur peu d'intérêt clinique et thérapeutique.

En effet, la syphilis, maladie toujours univoque, une dans son essence, et la même au fond dans ses manifestations en apparence les plus disparates, ne se comporte pas autrement dans le conduit vaginal que dans les autres parties du corps. Là, comme ailleurs, elle détermine des productions qui ont un amas de nodules semblables aux follicules tuberculeux comme base anatomique mais dont l'évolution est un peu différente aux diverses périodes du mal.

Dès les premiers temps, la néoplasie a un certain caractère de vitalité ; elle ne se désintègre

pas par dégénérescence gommeuse. On a alors le chancre et la papule. Plus tard, cette désintégration est pour ainsi dire le fait normal, et dès lors, ce n'est plus à une papule mais à une gomme à laquelle on a affaire. De là deux faits capitaux, pour la syphilis du vagin comme pour celle des autres organes : dans les premières années, les plaques muqueuses, sortes de papules plates humides, peuvent s'éroder légèrement ou plutôt se desquamer et ne constituent pas d'ulcérations proprement dites, puis plus tard de véritables ulcérations surviennent, parce que, nous l'avons dit plus haut, la néoplasie gommeuse a une tendance pour ainsi dire invincible à se détruire.

Les principaux caractères du chancre syphilitique du vagin sont les suivants : forme arrondie, dimensions de un à deux centimètres, bords légèrement surélevés, ni décollés ni taillés à pic comme dans le chancre mou, base indurée persistant à peu près aussi longtemps que le chancre lui-même. Il n'y a pas de douleurs ni de troubles fonctionnels mais un retentissement sur les ganglions de l'aîne quand le siège est dans le tiers antérieur du vagin et sur le petit bassin dans le cas contraire. La marche et la guérison sont rapides.

Comme le dit M. Mauriac le diagnostic est facile pourvu qu'on se donne la peine d'étudier attentivement la lésion, d'ailleurs on est bientôt éclairé par l'apparition des accidents secondaires.

Ulcérations de la période secondaire. — Com-

me à la vulve, les plaques muqueuses peuvent revêtir des aspects très différents. Elles peuvent être saillantes, érythémateuses et presque à niveau avec les régions voisines ou érosives, c'est-à-dire desquamées. Leur constatation se fait le plus souvent par hasard, à propos d'un examen vaginal quelconque.

Cependant les plaques muqueuses exulcérées un peu profondément déterminent, dit Prieur (Thèse de Paris, 1881), des picotements et même des douleurs qui peuvent éveiller l'attention.

Il s'agit probablement dans ces cas d'une inflammation de la partie malade qui est alors très suintante.

Ulcérations gommeuses. — On n'en connaît que quelques exemples, et leur petit nombre ne nous permet pas d'en donner une description complète d'autant plus que l'aspect des lésions n'a pas été toujours le même.

Le plus souvent remarquablement indolentes, évoluant en quelque sorte à la sourdine, elles ont pris dans le cas de Zeissl un certain caractère d'acuité, c'est-à-dire qu'elles ont provoqué de la douleur et du suintement. Leur étendue, parfois fort petite, peut être considérable et on a vu des ulcérations serpigneuses mesurant presque toute la hauteur du vagin. Même divergence pour la profondeur bien qu'on n'ait observé qu'une seule fois un cas de perforation avec formation consécutive de fistule.

Ces ulcérations, contrairement aux ulcérations tuberculeuses, sont d'un gris sale, suintent et bourgeonnent peu.

Leur marche est des plus tenaces, et elles ne sont modifiées qu'à la longue par le traitement général aidé du traitement local.

Leur pronostic n'est pas mauvais bien que leur présence fasse reconnaître l'existence d'une syphilis tertiaire. Il est bien moins défavorable certainement que celui des ulcérations tuberculeuses et surtout cancéreuses.

Le diagnostic seul offre de l'intérêt.

Les ulcérations tuberculeuses s'en distinguent facilement par la coexistence habituelle d'autres lésions tuberculeuses, les ulcérations phymateuses localisées au vagin étant excessivement rares. D'ailleurs les douleurs qu'elles déterminent, leur suintement, leurs bourgeons livides, sont là pour éclairer le praticien qui en cas de doute a toujours la ressource d'un examen histologique.

Ce sont les ulcérations cancéreuses qui soulèveront le plus d'hésitations car les commémoratifs syphilitiques peuvent être niés ou oubliés. Mais alors l'indolence des lésions syphilitiques contrastera étrangement avec les ulcères cancéreux si douloureux, si suintants, si hémorrhagiques. La marche est profondément différente.

Très lente dans les ulcérations syphilitiques, elle est rapide dans les ulcérations cancéreuses.

Le traitement des ulcérations syphilitiques du vagin variera suivant l'époque.

A la période secondaire, mercure et cautérisation au nitrate d'argent.

A la période tertiaire ce sera à l'iodure de potassium qu'on s'adressera et on remplacera le nitrate d'argent par l'iodoforme.

Diagnostic général des ulcérations du vagin.

Nous croyons devoir donner quelques détails sur ce chapitre, un des plus importants de notre thèse.

Disons d'abord que nous éliminons d'emblée les ulcérations vaginales traumatiques à cause de leur marche, de leur aspect et su tout de leurs commémoratifs.

Mais parmi les autres ulcérations, toutes ne sont pas tuberculeuses, cancéreuses ou syphilitiques. Il importe donc de bien les distinguer :

1° L'herpès du vagin peut déterminer des ulcérations lorsque les bulles se rapprochent au point de se confondre. En effet, au bout de quelques jours, le liquide des bulles se résorbe, l'épiderme s'affaisse, mais plus souvent se rompt, laissant au-dessous le derme dénudé. Toutefois cette perte de substance est très superficielle, car sa profondeur ne comprend guère, en dimension, que l'épaisseur de l'épiderme. Le fond est lisse, luisant, et sa coloration est rosée et d'un bon aspect.

Le bord présente un aspect spécial que M. Fournier a décrit minutieusement et que nous croyons devoir rappeler d'après cet auteur. « Il forme un mince liseré rouge, très net. Il est finement tracé comme à la pointe du pinceau. Son contour n'est pas tracé linéairement, mais il est polycyclique, c'est-à-dire qu'il est composé par une série de petits segments de cercle, se réunissant par leurs extrémités sous un angle plus ou moins arrondi. »

Cette disposition absolument caractéristique résulte précisément de la fusion de plusieurs bulles entre elles et permet d'éviter toute confusion.

De plus un examen attentif fera reconnaître la présence d'une foule d'ulcérations très petites et arrondies et même de vésicules, car il s'en produit plusieurs poussées successives non-seulement au vagin mais encore à la vulve et à la racine des cuisses.

Enfin les ulcérations herpétiques du vagin, comme celles de la vulve avec lesquelles elles coïncident toujours, présentent une transformation spéciale qu'on ne rencontre pas dans celles dont nous avons entrepris l'étude.

C'est l'apparition d'une plaque de pseudomembrane sur leur surface ; plaque peu adhérente et laissant à nu lorsqu'on la détache la surface ulcérée d'un rouge vif.

Il faut tenir compte aussi du prurit et de la rapidité d'évolution de l'herpès.

2° Les ulcères ronds sont extrêmement rares.

Sous ce nom Jahn de Genève a décrit une ulcération trouvée à l'autopsie d'une femme âgée de 76 ans.

Elle se trouvait à la face postérieure du vagin, à 4 millimètres du museau de tanche. Son aspect rappelait entièrement celui de l'ulcère rond de l'estomac, de là le nom qu'il a reçu.

L'examen histologique démontra qu'il ne s'agissait ni d'un cancer ni d'une lésion tuberculeuse.

Ce qui rappelait encore plus l'ulcère stomacal, c'étaient les lésions musculaires trouvées sur les artères utérines et vaginales dont les parois étaient sclérosées et épaissies.

Si par extraordinaire on se trouvait en présence d'une ulcération analogue, l'examen histologique après râclage préalable lèverait tous les doutes.

3° Les chancres mous du vagin sont rares. Melchior Robert en cite à peine deux ou trois cas. Debaugé sur 206 chancres mous que signale sa statistique ne compte que 7 chancres du vagin, Martineau sur 152 cas n'en aurait rencontré que deux dans le vagin. Quand ils existent dans ce canal musculo-membraneux, le plus souvent ils ne sont qu'une propagation d'un chancre mou du col, sur les 4 cas signalés par Shewartz, trois étaient ainsi consécutifs.

Aussi Vinay soutient dans un article du *dictionnaire de Jaccoud* que si l'on se place au point de vue étiologique, on peut considérer les chancres vaginaux comme des chancres utérins. Pour

cette raison, le chancre n'occupe jamais la partie moyenne du conduit vaginal mais le segment postérieur de cet organe, le plus souvent un des culs-de-sac. Cette coïncidence et cette localisation ont une assez grande importance au point de vue du diagnostic.

Un autre bon caractère, c'est qu'en général la lésion est multiple.

Les bords sont taillés à pic, circulaires le plus souvent et le fond terne tranche vivement sur la teinte rouge du reste de la muqueuse. La sécrétion est abondante et de nature sanieuse.

Contrairement à ce qu'on pourrait croire *a priori*, l'ulcération est indolente et il n'y a pas de retentissement ganglionnaire.

L'inoculation est le seul critérium positif.

L'examen histologique peut rendre des services en montrant qu'il ne s'agit ni de tuberculose ni de cancer.

On s'appuiera également sur l'absence de base indurée.





OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Observation de Freerichs résumée d'après Sweigbaum.

Femme de 28 ans. Tuberculose du museau de tanche et du vagin. Muqueuse des trompes atteinte de dégénérescence caséeuse.

Tuberculose pulmonaire avancée.

Tuberculose rénale, intestinale, splénique et hépatique.

OBSERVATION II

Cas de Veigert: *Archives de Virchow f. path. anat.*, vol. LXVIII, 1876,
p. 264.

Servante, âgée de 67 ans, ayant des traces d'une syphilis antérieure (ulcérations du voile du palais, plaques cicatricielles du foie, creux du frontal avec adhérence à la peau) d'un retrécissement mitral peut-être d'origine syphilitique avec hypertrophie du ventricule droit, dilatation de la crosse de l'aorte avec alternances, dilatation de l'estomac, atrophie des reins, du foie, ratatinement de la vésicule biliaire avec cal-

culs biliaires, thrombose de la veine fémorale, présentant les lésions tuberculeuses suivantes :

Tuberculose ancienne manifeste des sommets à droite et à gauche, tuberculose péritonéale miliaire; épiploon tuberculeux et épaissi, soudé aux culs-de-sac de Douglas. Vagin un peu ridé à sa partie inférieure. Muqueuse rosée.

Dans les culs-de-sac antérieur et postérieur, ulcérations multiples un peu différentes. En arrière, ulcération à pic de la grosseur d'une lentille, accompagnée de granulations miliaires présentant souvent en leur milieu un point blanchâtre.

En outre, il y a une ulcération tuberculeuse qui siège sur le canal cervical et qui déborde largement sur l'orifice externe. En avant larges ulcérations serpigneuses à pic, à fond caséeux. Utérus normal et petit.

OBSERVATION III

Observation de Namias.

J'ai trouvé, en ouvrant le cadavre d'une courtisane phtisique, la membrane muqueuse vagino-cervicale recouverte dans une grande étendue d'une couche d'un blanc grisâtre et sur la ligne médiane d'une couleur plus sale que les transsudations plastiques ordinaires.

J'ai soumis au microscope un peu de cette matière enlevée par le scalpel.

On voyait un amas de granules avec de la substance amorphe entrecroisée et des globules épars çà et là; en somme l'aspect tuberculeux qu'à l'œil nu et au microscope Rokitansky a décrit pour la membrane muqueuse de l'utérus.

OBSERVATION IV

Cancer du vagin.

Femme, âgée de 40 ans, réglée à 17 ans. Toutes les quatre semaines dysménorrhée, mais peu accentuée. Sans enfants, mais deux fausses couches, l'une au quatrième, l'autre au cinquième mois. A la suite de la deuxième fausse couche, phénomènes de périmétrite qui ont duré assez longtemps.

Etat actuel. — Cachexie marquée. Ecoulement blanchâtre par le vagin. Au tiers moyen de cet organe on trouve à gauche, débordant en arrière, où elle tend à se rapprocher de la ligne médiane, une tumeur en forme de plateau bien circonscrite, lisse, formant sur les parties voisines un relief accusé.

Le rectum glisse assez facilement sur cette tumeur qui n'offre aucune tendance à saigner.

On se décide à opérer la femme. Pour cela, après la chloroformisation on met dans le vagin une valve de Sims et on abaisse le col de l'utérus.

Une pincé à crochet saisit la tumeur qu'elle fait saillir. On est obligé de séparer cette tumeur en plusieurs segments pour l'enlever.

L'examen histologique est pratiqué avec soin et démontre qu'il s'agit d'un cancroïde.

Les suites de l'opération ont été bonnes.

OBSERVATION V

Cancer du vagin.

Femme de 60 ans, cuisinière. Menstruée à 17 ans. Sans

grands phénomènes dysménorrhéïques. Six enfants, couches normales.

Le 9 octobre 1879. — Elle entre pour des pertes abondantes.

Phénomènes cancéreux. Au tiers supérieur du vagin, à la paroi postérieure on trouve une masse lenticulaire du volume d'une fève, nettement délimitée sur les régions ambiantes où elle fait saillie. Pas d'ulcérations ni de rugosités à sa surface.

Le reste du vagin, le col et le museau de tanche, sont entièrement normaux.

Opération comme dans le cas précédent. Celle-ci a des suites bonnes.

Le professeur Runge examine la tumeur au microscope et lui trouve la structure d'un cancroïde.

OBSERVATION VI

Syphilide ulcéreuse.

D... entre à l'hôpital pour des plaques hypertrophiques ulcérées situées sur la grande lèvre gauche.

A l'examen au spéculum on aperçoit sur la partie antérieure du segment postérieur du vagin une ulcération, large comme une pièce de 50 centimes, à bords rouges, tranchant sur la couleur rosée du vagin et à fond jaunâtre. Dans le segment inférieur on voit des syphilides.

Erosions rouges sur la face antérieure et grisâtres sur la face postérieure.

Sur la lèvre postérieure du col apparaissent deux ou trois petites syphilides érosives arrondies d'une couleur blanchâtre.

Après la guérison, il reste une tache rouge à la place de l'ulcération.

Charlot

OBSERVATION VII (personnelle).

Syphilis du vagin.

La nommée D... Clotilde, âgée de 24 ans, entre le 9 juin 1893, à Lourcine, salle Astruc.

Elle présente sur les deux lèvres du col plusieurs ulcérations arrondies, confluentes, l'une sur la lèvre antérieure, nettement arrondie, à bords un peu festonnés et rouges à fond sanieux, purulent.

D'autres semblent en voie de cicatrisation et ont un aspect rouge clair un peu irrégulier.

Sur le vagin on trouve une longue fissure sur la paroi gauche, à bords un peu éversés, profonds, sanieux, donnant au toucher une impression de sclérose, de sécheresse toute spéciale. Sur la paroi droite, autre fissure et ulcération à fond semblable à l'autre et creusé sur les bords.

La malade s'est aperçue il y a 10 jours de l'ulcération vaginale; mais ses lésions du col auraient passé inaperçues il y a quinze jours lors d'une visite à la préfecture.

La syphilis date de 7 ans. Roséole soignée par des piqures. Une première fausse couche, enfant mort.

Soignée 15 jours à la suite, depuis n'a eu aucun accident et n'a suivi aucun traitement.

Depuis a eu une nouvelle fausse couche. Pas de céphalée ni perte de cheveux.

OBSERVATION VIII

Marie M..., 18 ans, entre à la salle Saint-Louis le 14 septembre. Elle a déjà été traitée dans le service pour une métrite chlorotique il y a un an.

Réglée à 10 ans, déflorée à 17 ans. Pas de grossesses ni fausses couches. Les règles sont toujours irrégulières ; la malade est chloro-anémique.

L'examen des organes génitaux fait constater une inflammation folliculeuse légère sous les plis génito-cruraux, une syphilitide érosive de la fosse naviculaire avec tuméfaction légère de la grande lèvre droite qui est plus rouge que l'autre.

Adénite inguinale droite multiple. Au toucher, on trouve l'utérus en antéversion ; méat cervical un peu entr'ouvert, érodé, adéno-lymphite double vers les culs-de-sac latéraux, sur les côtés de l'utérus. Sur la paroi vaginale droite, à l'union du segment supérieur avec le segment moyen, le doigt perçoit une érosion déprimée, arrondie, nettement circonscrite, non douloureuse.

Au spéculum le col présente les érosions folliculaires et l'écoulement muco-glutineux de la métrite.

L'érosion-vaginale se montre avec l'ensemble des caractères objectifs du chancre induré : fond rouge, luisant, vernissé, non purulent ; bords légèrement surélevés, se continuant sans ressaut avec le fond de l'érosion et les tissus ambiants, dont la teinte est normale, non taillés à pic ni décollés. Elle offre la grandeur d'une pièce de cinquante centimes et siège sur la paroi vaginale droite, à peu près au niveau de l'extrémité inférieure du museau de tanche.

L'induration est difficile à percevoir à cause de la laxité des parois vaginales et de la distance de la lésion à l'anneau vulvaire. Cependant, en promenant lentement le doigt sur la paroi, au niveau de l'érosion, on éprouve, en passant sur elle, un léger ressaut et la sensation d'une surface plus rénitente. C'est le procédé que M. Martineau emploie pour constater l'induration du chancre du col et sur lequel il a insisté dans ses leçons cliniques sur le chancre infectant.

D'autre part, en introduisant deux doigts profondément dans le vagin, on arrive également à percevoir une induration foliacée.

Les lymphatiques qui cheminent le long de la paroi du vagin sont assez gros ; ils paraissent sortir de l'érosion et se rendent aux ganglions post-pubiens qui sont indurés.

On trouve également de petits ganglions au niveau du trou obturateur et le long de la branche horizontale du pubis.

Sur le corps, on constate des syphilides papulo-squameuses discrètes, une roséole légère, des taches érythémateuses circulaires, d'un rouge jambonné, à la paume des mains et à la plante des pieds. Alopecie commençante et adénite cervicale légère à gauche.

Pas de sternalgie ni de tibialgie. La sérosité du chancre est inoculée à la cuisse ; l'examen ultérieur montre qu'elle est stérile.

La malade est soumise au traitement mercuriel et tonique.

A la fin du mois, le chancre est en voie de réparation.

Au 1^{er} octobre, il se présente au spéculum (Fergusson) sous l'apparence d'une tache circulaire, violacée, pâle et terne, déprimée en capsule, donnant au doigt une sensation de résistance plus accusée qu'au début. Quelques petites syphilides érosives se montrant sur le segment antérieur du vagin.

Les jours suivants, l'épiderme se reforme à la surface du chancre, les bords s'affaissent de plus en plus ; le centre de la cupule présente une teinte grisâtre.

Les syphilides du vagin sont plus nombreuses, petites, légèrement papuleuses.

L'induration est toujours perceptible.

Les éruptions cutanées s'accroissent et s'étendent.

La malade est courbaturée ; peu d'appétit, un peu de fièvre, céphalée.

Le 10 octobre. — La teinte violacée du chancre a pâli ; la dépression cupuliforme tend à s'effacer. Ses syphilides vaginales deviennent légèrement hypertrophiques et se montrent sous l'aspect de petites papules érodées, grisâtres, de la grandeur d'une graine de colza.

On prescrit des irrigations vaginales au chloral.

Le 15. — Le chancre n'est presque plus perceptible ; en regardant avec attention, on voit encore une petite tache rosée à la place qu'il occupait. Les syphilides vaginales commencent à s'affaïsser.





CONCLUSIONS

1° Les ulcérations vaginales sont très rares, cependant elles présentent de l'intérêt à cause de leur diagnostic et aussi parce qu'elles peuvent aboutir à des perforations;

2° Les ulcérations tuberculeuses du col sont les plus fréquentes et les syphilitiques les plus rares;

3° Les ulcérations tuberculeuses évoluent comme dans d'autres points de l'économie à la façon de la tuberculose des muqueuses. Elles présentent une assez grande diversité comme étendue et profondeur des lésions. Elles coïncident souvent avec des altérations tuberculeuses de la vulve ou de l'utérus;

4° Les ulcérations syphilitiques sont surtout tertiaires et présentent les caractères ordinaires des lésions gommeuses ;

5° Les ulcérations cancéreuses sont de nature épithéliomateuse et évoluent comme les cancroïdes.

Vu par le Président de la thèse,
LABOULBÈNE.

Vu par le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

